…… Pszczyna, ……

Imię i nazwisko

……

Adres

Oświadczenie

członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością ubiegającego się
o przyznanie usługi opieki wytchnieniowej

1. Czy zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą z niepełnosprawnością, która wymaga stałego wsparcia w zakresie potrzeb życia codziennego? **TAK** ☐ **NIE** ☐

2. Czy poza osobą z niepełnosprawnością zamieszkuje Pan/Pani we wspólnym gospodarstwie domowym z inną osobą/innymi osobami? **TAK** ☐ **NIE** ☐

   Jeżeli TAK - to czy osoba/osoby pomagają Panu/Pani w sprawowaniu opieki nad osobą z niepełnosprawnością? TAK ☐ **NIE** ☐

3. Czy w domu/mieszkaniu zamieszkują osoby prowadzące odrębne gospodarstwo domowe? **TAK** ☐ **NIE** ☐

   Jeżeli TAK - to czy osoba/osoby pomagają Panu/Pani w sprawowaniu opieki nad osobą z niepełnosprawnością? TAK ☐ **NIE** ☐

4. Czy w sprawowaniu opieki nad osobą z niepełnosprawnością pomaga Panu/Pani ktoś z rodziny zamieszkującej oddzielnie? **TAK** ☐ **NIE** ☐

5. Czy korzysta Pan/Pani z nieodpłatnego wsparcia w zakresie sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością? np. wsparcie ze środków unijnych, środków PFRON, nieodpłatne wsparcie z hospicjum, wsparcie organizacji pozarządowych? **TAK** ☐ **NIE** ☐

……...

Podpis członka rodziny/opiekuna osoby z niepełnosprawnością